

DIFICULTADES EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS BIOÉTICAS EN ODONTOLOGÍA

Miguel Ricardo; Zemel Martín; Cocco Laura; Sapienza María Elena; Di Girolamo Pinto Germán; Iantosca Alicia; Pólvora Beatriz

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Resumen:

En el año 2008, la Resolución del Ministerio de Educación N° 1413 determinó la necesidad de incluir en la malla curricular de la Odontología competencias y contenidos vinculados con la Bioética. Por tanto, cabe estudiar su construcción educativa durante la formación odontológica de grado

OBJETIVOS: El presente trabajo se propuso como objetivo examinar la práctica de las competencias bioéticas requeridas para la implementación de los derechos de los pacientes en la clínica odontológica

METODOLOGÍA Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre variables: 1) conocimientos asociados a competencias bioéticas y 2) práctica de competencias bioéticas. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 200 estudiantes regulares del tercer nivel de integración de la Carrera de Odontología de la FOUNLP, Argentina. El muestreo comprendió 100 alumnos de prácticas generales (Grupo A) y 100 de prácticas especializadas (Grupo B). Para evaluar el nivel de dificultades se utilizó una escala de Likert que se agregó al final del instrumento. Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1

RESULTADOS: En relación con la primer variable se evaluó el indicador “identificación de conceptos” se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: A=67%; B=73%; $p>0.05$. Al medir “identificación de procedimientos” la respuesta positiva fue: A=69%; B=74%; $p>0.05$. Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador “grado de dificultad”, hallándose algún grado de dificultad para el Grupo A=78%; mientras que el Grupo B=36%. Para el indicador “tipo de dificultad” la distribución fue: grupo A: Conceptuales=21%, Técnicas=26%, Comunicacionales=28%, Otras=3%; NS/NC=22%; grupo B: Conceptuales=2%; Técnicas=4%; Comunicacionales=30%, Otras=2%, NS/NC=62%; $p<0.05$.

CONCLUSIONES: A partir de los datos tomados de la muestra procesada se pudo concluir que: a) si bien existió en ambos grupos una significativa identificación positiva de conocimientos asociados a las competencias bioéticas, los estudiantes de las prácticas generales presentaron mayores dificultades en la implementación de las mismas durante la relación clínica ($p < 0.05$); b) Si bien el grupo de las prácticas especializadas alcanzó las competencias bioéticas, presentó un tercio de sus integrantes con dificultades comunicacionales al desarrollarlas.

Investigación financiada por U.N.L.P.

Palabras clave: Ética odontológica – Bioética – Educación odontológica

Introducción

El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud resultan esenciales para gozar de buena calidad de vida y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud constituye un derecho humano primordial y es en sí mismo un determinante social de la misma; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos.

El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios sanitarios. A partir del mismo se fue evaluando y reconstruyendo dicho marco conceptual básico. En particular, se evidenció que otros factores diferentes de la Medicina y la atención de la salud (cuya contribución fue limitada) resultaron significativos para tener una población sana (1). El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia, están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención tienen una importante función de rectoría en relación con este derecho humano fundamental, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria. El último informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud instó a los diferentes países a redactar y promulgar leyes que velen por los derechos sanitarios y el derecho de los ciudadanos a recibir información y participar en las políticas públicas y la definición del presupuesto público. La mencionada Comisión consideró que corregir las desigualdades sanitarias es una cuestión de justicia social, y por tanto, un imperativo ético (2). En este sentido, el derecho a la salud, de rango constitucional, ha sido recientemente operativizado en la materia a partir de las Leyes Nacionales 26.529, 26.742 y sus Reglamentaciones gestando el marco legal para el ordenamiento y regulación de los derechos de los pacientes

en la República Argentina (3-5). Autonomía y confidencialidad emergieron en la citada legislación nacional producto de un largo recorrido en la jurisprudencia y en el andamiaje ético y legal internacional.

La Bioética generó numerosos aportes al Campo de las Ciencias Biomédicas (6) originando la construcción de una nueva relación clínica, y a partir de ella un modelo diferente de formación profesional odontológico en sus dimensiones éticas y legales (7-9). El paradigma emergente fue uno de los factores que impulsaron la renovación del currículum odontológico en diversos países del mundo, y en particular en el contexto latinoamericano, como en el caso de las Carreras de Odontología argentinas que sufrieron una sustancial transformación de su perfil profesional durante los años 90 (10, 11).

Durante la última década el ejercicio de la Odontología debió afrontar diversas problemáticas ético-clínicas con asiduidad. Entre ellas, se observaron: el derecho a la información clínica vinculada con la regla ética del consentimiento informado; las situaciones particulares de la atención a menores, discapacitados, enfermos psiquiátricos, ancianos mayores, entre otros; la incorporación de las teorías, principios y reglas éticas en la formación de grado y postgrado; la conceptualización del paternalismo odontológico; la caracterización de los riesgos odontológicos en la práctica diaria; las investigaciones de recursos odontológicos en seres humanos; los Códigos y Comité de Ética institucionales; la acreditación y participación de profesionales odontólogos en los Comités de Ética Institucionales. Si bien existe una legislación en la materia, no obstante, se tratan de problemas que, al no tener una respuesta social unívoca, pueden desembocar en una demanda de legislación y eso deviene una típica cuestión de axiología jurídica: cuáles son los valores que se deben proteger y cómo debe hacerse. Ante la posibilidad de intervenir en los procesos biológicos hay discrepancias sociales que generan conflictos, y son éstos los que requieren de la intervención de la Bioética para discernir respecto a nuevos límites a la libertad de actuación individual o reinterpretar los ya existentes (12).

Entre los derechos sanitarios prioritarios se acordó el respeto por la autonomía del paciente convirtiéndose en el eje de la toma de decisiones sanitarias en diversos países. Se consideró al concepto de autonomía como la capacidad de evaluar las situaciones y la facultad de actuar sin restricciones considerando los valores y creencias del propio individuo (13). Por tanto, se describieron tres aspectos de la autonomía en el ejercicio del consentimiento informado: el derecho a la autodeterminación, la privacidad, y el reconocimiento a la igualdad de oportunidades. De ahí que, el consentimiento informado, no constituye un mero requisito burocrático para la expresión de la voluntad, sino la aceptación de una concepción moral de las personas como sujetos capaces de crear su propio plan de vida, elaborar proyectos y metas que lo expresen. Dicha concepción fue fundada en un ideal fuerte de autonomía, exigiendo condiciones de justicia y no sólo la mera igualdad formal. Por

ello, su aplicación a la práctica clínica, no supone sólo la libre decisión basada en el cálculo de riesgos sanitarios, sino cuestiones psicológicas y ético-sociales, entre las cuáles se plantearon: medidas de acción, educación, acceso y prevención, y justicia distributiva (14).

La relación odontólogo-paciente ha pasado de ser un sistema vertical, en el que el odontólogo era el centro del sistema, que de forma paternalista tomaba las decisiones, en muchos casos de forma unilateral, e indiscutible debido al alto conocimiento especializado relacionado con el tratamiento de enfermedades dentales siendo el paciente receptor pasivo de los cuidados; a otro horizontal, donde el paciente es el axis y centro del sistema sanitario, el cual debe ser respetado como agente autónomo y como tal debe de participar activamente en conjunto con el profesional y tomar sus propias decisiones. Como respuesta de este cambio de mentalidad surge el concepto de consentimiento informado, definido como el proceso por el cual a un paciente se le provee la suficiente información para tomar una decisión informada y razonada del procedimiento clínico. Este proceso se da sin ninguna coacción o fraude, e incluye explicar la necesidad del tratamiento, sus beneficios, alternativas, costos, riesgos y complicaciones o la no aceptación del tratamiento de la condición diagnosticada; este proceso debe darse con claridad, en un lenguaje comprensible y de forma oportuna.

Se construyó, por tanto, un concepto de consentimiento entendido como un “proceso” compuesto por una serie de elementos éticos y jurídicos fundamentados en los principios de autonomía, responsabilidad y libertad (15), asociados a determinantes sociales, y comprendidos recientemente por la citada legislación nacional en la materia.

OBJETIVO

El presente trabajo se propuso como objetivo examinar la práctica de las competencias bioéticas requeridas para la implementación de los derechos de los pacientes en la clínica odontológica

METODOLOGÍA

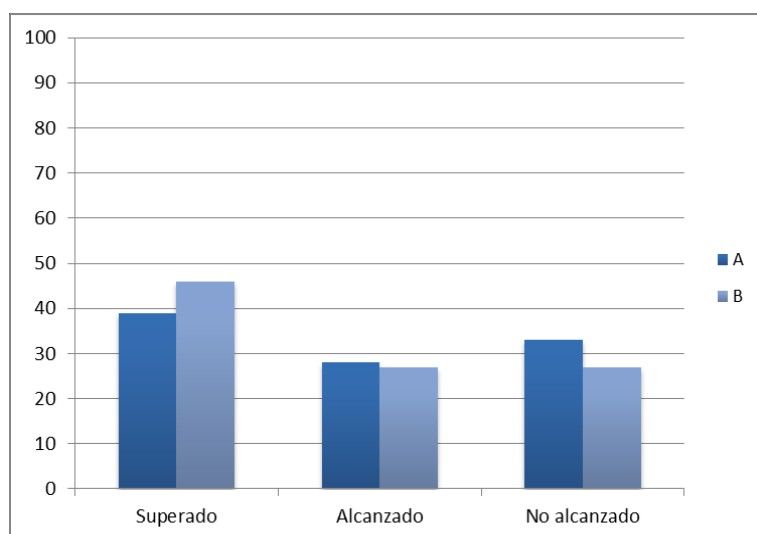
Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre variables: 1) conocimientos asociados a competencias bioéticas y 2) práctica de competencias bioéticas. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 200 estudiantes regulares del tercer nivel de integración de la Carrera de Odontología de la FOUNLP, Argentina. El muestreo comprendió 100 alumnos de prácticas generales (Grupo

A) y 100 de prácticas especializadas (Grupo B). Para evaluar el nivel de dificultades se utilizó una escala de Likert que se agregó al final del instrumento. Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info TM Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1

RESULTADOS:

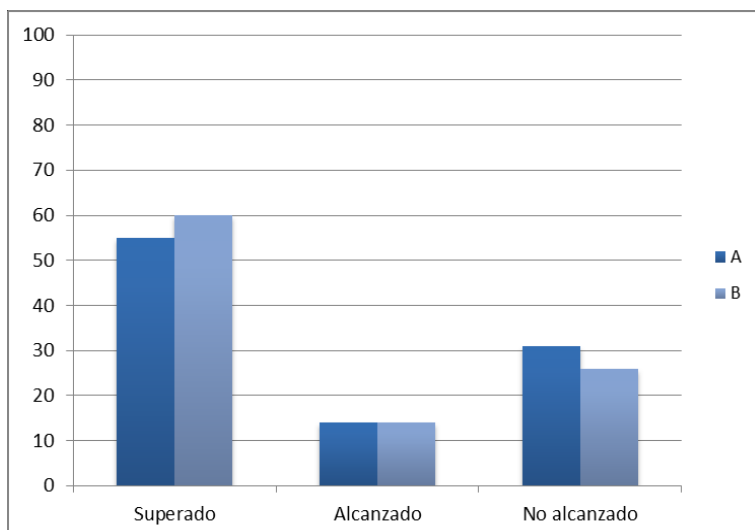
La edad mínima de la muestra fue 20 y la edad máxima 54, promedio 24.26, moda 24 y mediana 25 años. En relación con la primer variable se evaluó el indicador “identificación de conceptos bioéticos” se registró la siguiente distribución: Grupo A: Superado=39%; Alcanzado=28%; No alcanzado=33%, Grupo B: Superado=46%; Alcanzado=27%; no alcanzado=27%, siendo el conocimiento positivo: A=67%; B=73%; $p>0.05$.

Gráfico 1. Identificación de conceptos bioéticos necesarios para el desarrollo de competencias específicas



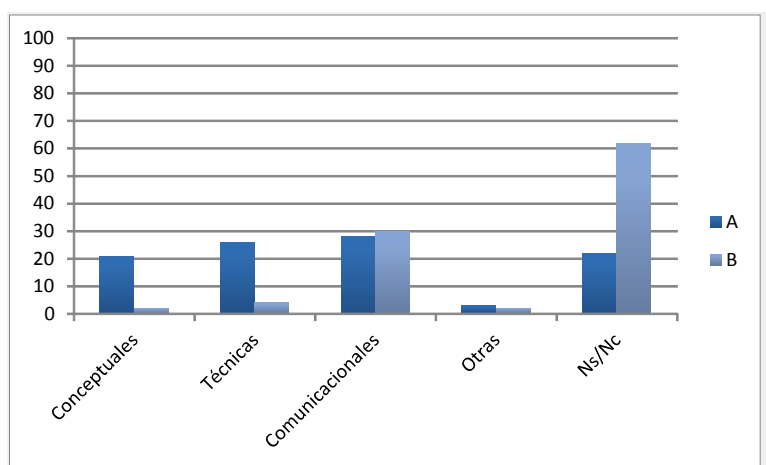
Al medir “identificación de procedimientos” la distribución fue: Grupo A: Superado=55%; Alcanzado=14%; no alcanzado=31%; Grupo B: Superado=60%; Alcanzado=14%; No alcanzado=26%. Por tanto, la respuesta positiva fue: A=69%; B=74%; $p>0.05$.

Gráfico 2. Identificación de procedimientos bioéticos para la adquisición de competencias específicas.



Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador “grado de dificultad”, hallándose algún grado de dificultad para el Grupo A=78%; mientras que el Grupo B=36%. Para el indicador “tipo de dificultad” la distribución fue: grupo A: Conceptuales=21%, Técnicas=26%, Comunicacionales=28%, Otras=3%; NS/NC=22%; grupo B: Conceptuales=2%; Técnicas=4%; Comunicacionales=30%, Otras=2%, NS/NC=62%; $p < 0.05$

Gráfico 3. Dificultades halladas en el desarrollo de las competencias bioéticas



Las prácticas educativas en Odontología habitualmente articulan demandas sociales y políticas; cuestiones relativas al saber y los saberes; posturas éticas que denotan actitudes “clínicas”; vínculos con la institución; trayectorias profesionales de los docentes; historias de los alumnos; y un sinfín de otras cuestiones que están presentes en cada uno de los protagonistas del proceso de enseñanza y aprendizaje. La inclusión transversal de la Bioética en el currículum odontológico modificó sustancialmente el paradigma de formación

profesional. En este nuevo contexto educativo el contrato pedagógico-didáctico se propuso facilitar, organizar y asegurar un encuentro y un vínculo entre los alumnos y este particular estudio que invita a la reflexión respecto a valores y principios morales que debieran conducir la vida individual y, por ende, la respectiva práctica profesional.

Los resultados hallados permitieron observar la influencia del contrato pedagógico-didáctico respecto a la integración del conocimiento bioético en sus dimensiones cognitiva y actitudinal.

El contrato didáctico se planteó como una serie de pasos protocolizados aunque no estuvo explicitable por completo pretendiendo contener el resultado de la acción a enseñar. Si el contrato hubiera contenido solamente las reglas de comportamiento del profesor o del alumno, su respeto escrupuloso podría haber condenado al fracaso la relación didáctica. Por tanto, se buscó realizar un proceso de búsqueda de un contrato cada vez más ajustado a las necesidades del triángulo didáctico: Profesor – Saber – Alumnos. De este modo, el profesorado promovió la construcción de actitudes bioéticas en sus estudiantes motivándolos a convertirse en seres humanos responsables, tanto social como profesionalmente, capaces de enfrentar adecuadamente un problema ético, valorar sus implicancias, decidir el curso de acción e implementar los pasos necesarios para resolverlo.

CONCLUSIONES

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se pudo concluir que: a) si bien existió en ambos grupos una significativa identificación positiva de conocimientos asociados a las competencias bioéticas, los estudiantes de las prácticas generales presentaron mayores dificultades en la implementación de las mismas durante la relación clínica ($p < 0.05$); b) Si bien el grupo de las prácticas especializadas alcanzó las competencias bioéticas, presentó un tercio de sus integrantes con dificultades comunicacionales al desarrollarlas.

Referencias bibliográficas:

1. Moiso A. Determinantes de Salud. En: Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata: Edit. EDULP; 2007: 176-181
2. Comisión sobre Determinantes de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final. Edit. Journal S.A.; 2008: 26,97

3. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26529. Bol Ofic de la Rep Arg 20/11/2009
4. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26742. Bol Ofic de la Rep Arg 24/05/2012
5. Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). Decreto 1089/2012. Bol Ofic de la Rep Arg 06/07/2012
6. Gracia D., Júdez J., editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
7. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of bioethics in dental graduate programs in Brazil. Braz Oral Res. 2006;20(4):285-289.
8. Reid KI. Respect for patients' autonomy. J Am Dent Assoc. 2009; 140(4):470-474.
9. García Rupaya CR. Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú. Acta Bioethica 2008; 14(1): 74-77
10. Miguel R., Zemel M., Cocco L., Ruiz R., Sapienza M., Pólvera B., Iantosca A., Seara S. El Proceso de Consentimiento Informado en La Carrera de Odontología de la UNLP. Rev de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. 2006; 3(1):39-43.
11. Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Resolución 1413/08. Anexo 1. Contenidos curriculares básicos para las Carreras de Odontología. 22 de Septiembre de 2008. Disponible en: http://www.coneau.edu.ar/archivos/RESOLUCION1413_08.pdf [Último acceso: junio de 2011]
12. Casado Gonzalez M. ¿Por qué Bioética y Derecho? Acta bioeth. 2002; 8 (2): 183-193
13. Grávalos C., Ramos V., Ayllón C., Ruiz P., Aranda R., Cortés-Funes H., Martínez J. Actuaciones sobre la autonomía, información y participación de los pacientes con cáncer colorrectal en un Hospital de Día de Oncología Médica. Revista de Bioética y Derecho. 2010; 18:2-9
14. de Ortúzar G. Derechos humanos e información: de la privacidad a la efectiva igualdad de oportunidades en el contexto de salud. Revista Derecho y Ciencias Sociales. 2010; 3:189-204
15. Miguel R. Consentimiento informado en Odontología. La Plata. Edufolp. 2004; 62-89